Vorname, Name

Deutscher Zahnmedizinerbund e.V.

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger: **Gläubiger-ID**

Deutscher Zahnmedizinerbund e.V. DE94ZZZ00001683555

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird.

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Kontoinhaber

☐ Herr ☐ Frau ☒ Firma

Vorname

Nachname

Firma (falls zutreffend)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

DE-Mail-Adresse (optionale Angabe)

D E

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum ☐ 1. ☐ 8. ☐ 16. ☐ 24. des Fälligkeitsmonats belastet werden (bitte ankreuzen).

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte senden Sie den ausgefüllten SEPA-Mandat an unsere E-Mail: info@dzmb.de. Vielen Dank.